

**О.В. Лысенко**Витебский государственный  
медицинский университет,  
г. Витебск

## Психологическая диагностика в системе психопрофилактической подготовки беременных к родам

*Настоящее исследование посвящено изучению актуальной темы – влиянию психологического состояния матери во время беременности на возможность формирования патологии ее течения.*

«Во время пренатального периода развития ребенок живет практически одной жизнью с матерью. Поэтому сильные нарушения в протекании физиологических и нервно-психических процессов у будущей матери могут оказывать влияние, подчас необратимое, на реализацию генетического потенциала и затруднить его последующее взаимодействие с окружающей средой» (Батуев А.С., Соколова Л.В., 1994). Развитие различных структур головного мозга плода идет в строго определенной генетической последовательности. Отмечены периоды повышенной уязвимости к повреждающим воздействиям, характеризующиеся высоким темпом размножения органоспецифических нейробластов. В англоязычной литературе подобные периоды наивысшего напряжения получили название «sprut». Можно выделить спруты созревания какой-либо функции головного мозга. Выявление характера «спрутов» в различные сроки беременности уточняет содержание критических периодов внутриутробного развития (Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н., 1985). Состояние беременной в критические периоды существенно влияет на особенности формирования психических функций будущего ребенка, а значит, и определяет во многом его жизненный сценарий.

На основе учения А.А. Ухтомского о доминанте И.А. Аршавским было предложено понятие «гестационной доминанты» (от латинского *gestatio* – беременность, *dominans* – господствующий). Оно наиболее отражает протекание физиологических и нервно-психических процессов в организме беременной женщины (Аршавский И.А., 1967). Гестационная доминанта обеспечивает направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Под влиянием факторов внешней и внутренней среды происходит формирование стойкого очага возбуждения в центральной нервной системе, очаг обладает повышенной чувствительностью к раздражителям, имеющим отношение к беременности, которые способны оказывать тормозящее действие на другие нервные центры.

Различают *физиологический* и *психологический* компоненты гестационной доминанты. Они определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими в организме женщины, и направлены на вынашивание, рождение ребенка. Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) вызывает особый интерес перинатальных психологов и психотерапевтов. Он представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, включающихся у женщины при возникновении беременности. Эти механизмы направлены на сохранение гестации и создание условий для развития будущего ребенка, формируют отношение женщины к своей беременности и ее поведенческие стереотипы.

В результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный (Добряков И.В., 1996).

*Оптимальный тип ПКГД* отмечается у женщин, ответственно, но без излишней тревоги относящихся к своей беременности. В этих случаях, как правило, супружеский холон зрелый, отношения в семье гармоничны, беременность желанна обоими супругами. Женщина, удостоверившись, что беременность наступила, продолжает вести активный образ жизни, но своевременно встает на учет в женскую консультацию, выполняет рекомендации врачей, следит за своим здоровьем, с удовольствием и успешно занимается на курсах дородовой подготовки. Оптимальный тип способствует формированию гармоничного типа семейного воспитания ребенка.

*Гипогестогнозический тип ПКГД* (от греческого *hypo* – приставка, означающая слабую выраженность; латинского *gestatio* – беременность; греческого *gnosis* – знание) нередко встречается у женщин, не закончивших учебу, увлеченных работой. Среди них встречаются как юные студентки, так и женщины, которым скоро исполниться или исполнилось 30 лет. Первые не желают брать академический отпуск, продолжают сдавать экзамены, посещать дискотеки, заниматься спортом, ходить в походы. Беременность у них часто незапланированная и застает врасплох. Женщины второй группы, как правило, уже имеют профессию, увлечены работой, нередко занимают руководящие посты. Они планируют беременность, так как справедливо опасаются, что с возрастом повышается риск воз-

никновения осложнений. С другой стороны, эти женщины не склонны менять жизненный стереотип, у них «не хватает времени» встать на учет в женскую консультацию, посещать врачей, выполнять их назначения.

Женщины с гипогестогнозическим типом ПКГД нередко скептически относятся к курсам дородовой подготовки, пренебрегают занятиями. После родов у них часто отмечается гипогалактия. Уход за детьми, как правило, передоверяется другим лицам (бабушкам, няням), так как сами матери «очень заняты». Нередко этот тип ПКГД также встречается у многодетных матерей. Чаще всего ему сопутствуют такие типы семейного воспитания, как гипопротекция. Эмоциональное отвержение, неразвитость родительских чувств.

*Эйфорический тип ПКГД* (от греческого *eu* – хорошо; *phero* – переносить) отмечается у женщин с истерическими чертами личности, а также длительно лечившихся от бесплодия. Нередко беременность у них становится средством манипулирования, способом изменения отношений с мужем, достижения меркантильных целей. При этом декларируется чрезмерная любовь к будущему ребенку, возникающие недомогания и трудности преувеличиваются. Женщины претенциозны, требуют от окружающих повышенного внимания, выполнения любых прихотей. Врачи, курсы дородовой подготовки, посещаются, но далеко не ко всем советам пациентки прислушиваются и не все рекомендации выполняют или делают это формально. Эйфорическому типу ПКГД соответствует расширение сферы родительских чувств к ребенку, потворствующая гиперпротекция, предпочтение детских качеств. Нередко отмечается вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания.

Тревожный тип ПКГД характеризуется высоким уровнем тревоги у беременной, что влияет на ее соматическое состояние. Тревога может быть вполне оправданной и понятной (наличие острых или хронических заболеваний, дисгармоничные отношения в семье, неудовлетворительные материально-бытовые условия и т.п.). В некоторых случаях беременная женщина либо переоценивает имеющиеся проблемы, либо не может объяснить, с чем связана тревога, которую она постоянно испытывает. Нередко тревога сопровождается ипохондричностью. Повышенную тревожность нетрудно выявить как врачу женской консультации, так и ведущим курсы дородовой подготовки, однако беременные женщины с этим типом ПКГД далеко не всегда получают адекватную оценку и помощь. К сожалению, именно неправильные действия медицинских работников довольно часто способствуют повышению тревоги у женщин. В этих случаях повышенный уровень тревожности у беременной женщины должен расцениваться как ятрогенный, то есть связанный с неправильным оказанием медицинской помощи. Большинство беременных женщин с

этим типом ПКГД нуждаются в помощи психотерапевта. Став матерями, они отличаются повышенной моральной ответственностью, не уверены в своих силах и способностях воспитывать ребенка. Воспитание ребенка чаще всего носит характер доминирующей гиперпротекции. Нередко и вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания, обуславливающее противоречивый тип воспитания.

Депрессивный тип ПКГД проявляется прежде всего резко сниженным фоном настроения у беременных. Женщина, мечтавшая о ребенке, может утверждать, что теперь не хочет его, не верит в свою способность выносить и родить здорового дитя, боится умереть в родах. Часто у нее возникают мысли о собственном уродстве, т.е. возникают дисморфоманические идеи (от греческого *dys* – приставка, означающая расстройство, *morphe* – форма, *mania* – одержимость). Женщины считают, что беременность «изуродовала их», боятся быть покинутыми мужем, часто плачут. В некоторых семьях подобное поведение будущей матери может действительно ухудшить ее отношения с родственниками, объясняющими все капризами, не понимая, что женщина нездорова. Это еще больше усугубляет ее состояние. В тяжелых случаях появляются сверхценные, а иногда и бредовые ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, обнаруживаются суицидальные тенденции. Гинекологу, акушеру, психологу, всем, кто общается с беременной, очень важно своевременно выявить подобную симптоматику и направить женщину на консультирование к психотерапевту или к психиатру, который сможет определить невротический или психотический характер депрессии и провести соответствующий курс лечения. К сожалению, депрессивный тип ПКГД, как и тревожный, нередко формируется у беременной женщины в связи с неосторожными высказываниями, поступками медицинского персонала, что является ятрогенным. Отклонения в процессе семейного воспитания при этом типе ПКГД аналогичны тем, что развиваются при тревожном типе, но более выражены. Встречается также эмоциональное отвержение, жестокое обращение. При этом мать испытывает чувство вины, ~~отурбанившиеся~~ ~~отурбанившиеся~~ ПКГД может существенно помочь разобраться в ситуации, при которой вынашивался и родился ребенок, понять, как складывались отношения в семье в связи с его рождением, каким образом формировался тип семейного воспитания.

Тип ПКГД отражает прежде всего личностные изменения и реакции женщины, то есть изменения в системе ее отношений. О типе психологического компонента гестационной доминанты можно судить, основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной. На этом основании разработан тест отношений беременной ТОО(б) (И.В. Добряков, 1996).

## Тест отношений беременной

Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В.Н. Мясищева (1960), позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Поскольку личность, по В.Н. Мясищеву, есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих:

- А. Отношение женщины к себе беременной.
- Б. Отношение женщины к формирующейся системе «мать – дитя».
- В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих.

В каждом блоке есть три раздела, в которых шкалируются различные понятия. Они представлены пятью утверждениями, отражающими пять различных типов ПКГД. Испытуемой предлагается выбрать один из них, наиболее соответствующий ее состоянию.

**Блок А** (отношение женщины к себе беременной) представлен следующими разделами:

- I. Отношение к беременности.
- II. Отношение к образу жизни во время беременности.
- III. Отношение во время беременности к предстоящим родам.

**Блок Б** (отношение женщины к формирующейся в течение девяти месяцев беременности системе «мать – дитя») представлен следующими разделами:

- I. Отношение к себе как к матери.
- II. Отношение к своему ребенку.
- III. Отношение к вскармливанию ребенка грудью.

**Блок В** (отношение беременной женщины к отношению к ней окружающих) представлен следующими разделами:

- I. Отношение ко мне беременной мужа.
- II. Отношение ко мне беременной родственников и близких.
- III. Отношение ко мне беременной посторонних людей.

Инструкция: «Просим Вас из пяти утверждений, представленных в блоках, выбрать одно, наиболее полно отражающее Ваше состояние».

После выполнения задания женщине предлагается перенести результаты в таблицу, отметив соответствующую утверждению цифру. Таблица для внесения результатов обследования по «Тесту отношения беременной» (табл. 1).

Такой тип ПКГД определяется как преимущественно оптимальный. Если в результате тестирования набрано 7–9 баллов, соответствующих одному из типов ПКГД, он может считаться определяющим. Если ни по какому типу нет преобладания баллов ПКГД, нетрудно определить, какие подсистемы ПКГД у женщины нуждаются в коррекции. Для наглядности можно построить профиль ПКГД в виде гистограммы.

По вертикали отмечаются набранные баллы, а по горизонтали – типы ПКГД.

Тест позволяет не только определить тип ПКГД по преобладанию выбранных утверждений, но и произвести качественный анализ, выявить те отношения, которые нуждаются в коррекции.

Таблица 1

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего						

В нижней строке таблицы – «Всего» – выставляется результат подсчета количества отмеченных цифр (баллов, не суммы цифр!) в каждом столбце.

Столбец «О» – отражает утверждения, характеризующие преимущественно оптимальный тип ПКГД, «Г» – гипогестогнозический, «Э» – эйфоричный, «Т» – тревожный, «Д» – депрессивный.

Например, если результат тестирования ОПКГД – 7 баллов, ГПКГД – 0 баллов, ЭПКГД – 1 балл, ТПКГД 1 балл, ДПКГД – 0 баллов, таблица результатов будет выглядеть как следующая таблица: Пример подсчета баллов в таблице результатов «Теста отношений беременной» (табл. 2)

Таблица 2

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А	I	4	2	1	3	5
	II	2	3	4	1	5
	III	3	1	5	2	4
Б	I	5	3	4	1	2
	II	1	4	2	3	5
	III	3	1	2	5	4
В	I	3	2	1	5	4
	II	1	4	2	5	3
	III	5	4	3	2	1
Всего		7	0	1	1	0

Обратившись к утверждениям, выбранным испытуемой в представленном примере, нетрудно установить, что у женщины отмечается эйфорическое отношение к своей беременности, будущему ребенку, окружающим ее посторонним и близким людям, а повышенная тревога связана с предстоящими обязанностями матери. Полученные результаты следует учитывать при проведении дородовой подготовки, они могут быть темами психотерапевтической беседы. Таким

образом, благодаря обследованию коррекция выявленных отклонений может осуществляться

более целенаправленно.

Таблица 3. Выявление эйфорического отношения к своей беременности и тревожного отношения к себе – матери у беременной женщины

Блоки	Разделы	О	Г	Э	Т	Д
А. Отношение к себе беременной	I. Отношение к беременности	4	2	1	3	5
	II. Отношение к образу жизни	2	3	4	1	5
	III. Отношение к родам	3	1	5	2	4
Б. Отношение к системе «мать-дитя»	I. Отношение к себе – матери	5	3	4	1	2
	II. Отношение к ребенку	1	4	2	3	5
	III. Отношение к грудному вскармливанию	3	1	2	5	4
В. Отношение к отношению окружающих	I. Отношение к мужу	3	2	1	5	4
	II. Отношение к близким	1	4	2	5	3
	III. Отношение к посторонним	5	4	3	2	1
	Всего	7	0	1	1	0

На основе результатов исследования беременную можно отнести к одной из трех групп, требующих различной тактики проведения дородовой подготовки.

*Первая группа* включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный тип ПКГД.

*Вторая группа* может быть названа «группой риска». В нее следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипогестогнозический, иногда тревожный типы ПКГД. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

*Третья группа* состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный типы ПКГД, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включить всех, имеющих депрессивный тип ПКГД. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Таким образом, тест позволяет выявлять нервно-психические нарушения у беременных женщин на ранних этапах их развития и связывать их с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Своевременно и адекватно оказанная помощь не только улучшает ситуацию в семье в течение беременности и родов, но и является профилактикой гипогалактии, послеродовых невротических и психических расстройств. Изменения результатов тестирования, проведенного до начала психотерапии и после ее завершения, можно использовать для оценки эффективности данной работы.

Простота использования теста дает возможность внедрения его в практику работы женских консультаций, применения акушерами-гинекологами, терапевтами. Выявив выражен-

ные нарушения у беременных женщин, они могут рекомендовать им обратиться за помощью к психологу или психотерапевту. Это будет способствовать диагностике нервно-психических расстройств у беременных. Рекомендуется проводить тестирование во втором и третьем триместрах беременности. С целью определения эффективности курсов дородовой подготовки можно также применять тест определения типа ПКГД до начала проведения курса и после его завершения. Не рекомендуется проводить тестирование чаще одного раза в месяц.

Под нашим наблюдением находилось 40 женщин с нормально протекающей беременностью (контрольная группа) и 80 беременных, страдающих поздним гестозом. Проанализированы анамнез, течение беременности женщин в обеих группах. Средний возраст женщин составил  $24,1 \pm 2,4$  г. Первородящих – 86 человек, повторнородящих – 34. Индекс здоровья женщин исследуемой группы составил 8,3%. У 65 женщин этой группы выявлен отягощенный акушерский анамнез (медицинские аборт, неразвивающаяся беременность, рубец на матке после операции кесарева сечения и др.). 42 беременные в этой группе страдали хронической экстрагенитальной патологией, которая обострялась во время настоящей беременности от 1 до 3 раз. 28 беременных страдали эндокринной патологией (ожирение II – III степени, гиперплазия щитовидной железы).

Исследована гестационная доминанта (ее психологический компонент) у беременных обеих групп. У женщин с оптимальным типом психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) осложнения течения беременности и гестоз не встречались. При отягощении беременности поздним гестозом чаще выявлялся депрессивный, тревожный и гипогестогнозический типы психологического компонента гестационной доминанты.

Следовательно, сочетание наличия депрессивного, тревожного и гипогестогнозического типа у беременных может указывать на риск

развития такого осложнения беременности, как гестоз. Женщины этой группы нуждаются в ранней помощи психолога для формирования здоровых механизмов саморегуляции, снижения личностной и ситуативной тревожности, что будет способствовать наиболее эффективной адаптации к ситуациям, связанным с беременностью и родами.

## Литература

1. Абрамченко В.В. Принципы психопрофилактической подготовки беременных групп высокого риска к родам // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по матер. II-й Международной конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб.: Издательство Знаменитые Университеты, 2003. – С.59–61.
2. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
3. Абрамченко В.В., Каплун И.Б., Толкалов А.В. Особенности психосоматического статуса у беременных при гестозе // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей:

Сб. матер. конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб., 2000. – С.27.

4. Ариавский И.А. Очерки по возрастной физиологии. – М., 1967.
5. Батуев А.С. Психофизиологические основы доминанты материнства // Перинатальная психология и медицина: профилактика, психокоррекция, психотерапия нервно-психических расстройств: Сб. научных работ по матер. II-й Международной конф. по перинат. психологии / Институт акушерства и гинекологии РАМН им. Д.О.Отта. – СПб.: Издательство Знаменитые Университеты, 2003. – С.12–16.
6. Гармашова Н.Л., Константинова Н.Н. Патологические основы охраны внутриутробного развития человека. – Л.: Медицина, 1985. – 160 с.
7. Эдеймиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2003. – С.104–140.

**В.Н. Сидоренко, Е.С.Гомон,  
Ю.В. Извольская,  
Ю.И. Дашкевич**

НИИ охраны материнства и детства.  
Белорусский республиканский фонд  
фундаментальных исследований  
г. Минск

## Возможности применения музыкотерапии в медицинской практике

**Музыкотерапия (МТ) - это медицинское направление, использующее музыку с лечебно-профилактической целью. Особое место в истории развития музыкотерапии занимает Древняя Греция. Аристотель, Платон, Пифагор, Сократ указывали на лечебную и профилактическую силу музыки. В XX в. МТ как независимая дисциплина стала широко практиковаться в различных странах Европы. В настоящее время МТ используется как оригинальный, самостоятельный вид терапии, так и в сочетании с другими формами терапии и психотерапии (аутогенной тренировкой, элементами психоанализа, групповой психотерапией, эмоционально – стрессовой терапией, медитацией и др.). МТ используется при лечении психических заболеваний, успешно уменьшает проявление тревоги, депрессии, улучшает самочувствие при шизофрении и аутизме, при диагностических процедурах (например, при гастроскопии) применяется**

**и в дооперационный и послеоперационный период для снижения необходимости в медицинских препаратах, при хроническом болевом синдроме, сопутствующем как онкологическим заболеваниям, так и ревматизму, в педиатрии и акушерстве. Музыка оказывает влияние на такие физиологические параметры, как артериальное давление, частота сердечных сокращений, дыхание, увеличивает активность коры головного мозга. Воздействует музыка на иммунную и эндокринную системы. Новый скачок МТ сделала вместе с развитием техники и появлением оригинальной звукозаписывающей техники. В 1989 г. немецкой фирмой «Aar» был выпущен первый компакт-диск медицинской резонансной музыки немецкого композитора П. Хюбнера. Феномен немецкого резонанса автор объясняет единством гармонических законов музыкального произведения и функционирования человеческого организма. Му-**